**Текст лекции по теме занятия №11: Ведение беременности и родов при невынашивании и перенашивании беременности**

|  |  |
| --- | --- |
| **Изучаемые вопросы:** |  |
| Введение |  |
| 1. | Основные причины невынашивания и перенашивания |  |
| 2. | Классификация видов невынашивания |  |
| 3. | Признаки угрозы прерывания беременности  |  |
| 4. | Методы обследования беременных при невынашивании |  |
| 5. | Особенности ведения преждевременных родов, профилактика осложнений |  |
| 6. | Основные причины и методы диагностики истинного перенашивания |  |
| 7. | Тактика ведения родов при перенашивании беременности |  |
| 8. | Исходы для матери и плода  |  |
| 9. | Роль фельдшера в профилактике невынашивания и перенашивания беременности |  |

**Введение**

В сложившейся демографической обстановке, когда темпы прироста населения оказались ниже показателя смертности, невынашивание беременности является одной из актуальных государственных проблем. Потеря желанной беременности происходит у каждой пятой беременной в Российской Федерации (10% - 20%).

Значимость проблемы усугубляется перинатальными исходами. Риск перинатальной заболеваемости и смертности очень высок, когда беременность заканчивается преждевременными родами и рождением жизнеспособного, но недоношенного ребенка. Тяжесть заболевания и частота перинатальных потерь увеличиваются с уменьшением гестационного срока.

Женщины очень переживают потерю желанной беременности, поэтому использование медицинскими работниками термина "аборт" может еще больше способствовать развитию негативного самовосприятия у пациенток, уже испытывающих чувство неудачи, неуверенности в себе.

Преждевременно завершается 10% всех родов в мире, при этом 50-70% перинатальной смертности связано с осложнениями, обусловленными недоношенностью. Каждый 3-й ребенок, страдающий детским церебральным параличом, родился недоношенным.

Перенашивание беременности, запоздалые роды – не менее важная проблема современного акушерства. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью. Частота перенашивания колеблется в пределах от 3,5 до 16%, а перинатальной заболеваемости переношенных детей в 2,9 раз выше, чем среди доношенных детей. Характерными осложнениями переношенной беременности являются асфиксия, родовая травма, мертворождение, дистресс-синдром плода, поражение ЦНС.

**1.Основные причины невынашивания и перенашивания**

Для выяснения причин необходимо знать следующие определения.

Невынашивание - самопроизвольное прерывание беременности до 22 недель.

Привычное невынашивание- самопроизвольное прерывание беременности подряд 2 раза и более.

Недонашивание, или преждевременные роды, считают самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 полных до 37 нед, рождение плода с массой от 500 г. (ВОЗ). В соответствии с Хельсинкской конвенцией преждевременными считают роды в сроке 22-37 нед. беременности, когда рождается ребенок с массой тела 500-2500 г, ростом 35-45 см, с признаками незрелости.

Неразвивающаяся беременность - гибель эмбриона или плода без изгнания элементов плодного яйца из полости матки до гестационного срока 22 нед.

Беременность называют переношенной, если ее длительность составляет 42 нед. и более гестационного срока. Роды при такой беременности называют запоздалыми.

Этиологические факторы *невынашивания* следующие: генетические; анатомические; эндокринные; иммунологические; инфекционные; тромбофилические. Если причина прерывания беременности не выяснена, ее называют идиопатической.

*Генетические* и инфекционные причины ведут к закладке аномального эмбриона. Критическими сроками в I триместре беременности считают 6-8 нед. и 10-12 нед. Прерывание беременности в I триместре связано с хромосомными аномалиями. Чем меньше срок беременности, тем чаще причиной являются хромосомные аберрации.

*Анатомические* причины: врожденные пороки развития матки, травматические повреждения шейки и тела матки, миома матки, ИЦН. ИЦН – истмико –цервикальная недостаточность - несостоятельность внутреннего зева и шейки матки. ИЦН считают наиболее частой причиной прерывания беременности во II триместре. Основные причины органической ИЦН: повреждение шейки матки (наложение акушерских щипцов, роды крупным плодом, в тазовом предлежании, плодоразрушающие операции); лечение заболеваний шейки матки (ампутация шейки матки); искусственные аборты, прерывание беременности на поздних сроках.

Функциональная ИЦН развивается у женщин с дефицитом прогестерона, гиперандрогенией.

Аномалии развития матки увеличивают частоту невынашивания беременности во П триместре и частоту преждевременных родов.

*Эндокринные* причины - недостаточность лютеиновой фазы до беременности, гиперсекреция лютеинизирующего гормона, дисфункция щитовидной железы, сахарный диабет, гиперандрогения.

*Иммунологические* причины - аутоиммунные (антифосфолипидный синдром) нарушения.

У женщин с привычным невынашиванием вне беременности выявляют аутоантитела к тиреоглобулину, антитела к ХГЧ.

*Инфекционные* причины. Источником инфекции служат острые и хронические воспалительные процессы - зубной кариес, острая респираторная вирусная инфекция, хронический тонзиллит, пиелонефрит. Первичный очаг инфекции - эндометрит, цервицит, вагинит, персистирующая вирусно-бактериальная инфекция.

Все чаще встречаются тромбофилические причины невынашивания, связанные с полиморфизмом генов гемостаза, например, Лейденовская мутация; гипергомоцистеинемия; дефицит антитромбина III.

Факторами риска *преждевременных родов* являются: инфицирование плодного яйца; экстрагенитальные заболевания матери; акушерские осложнения: кровотечения в ранние и поздние сроки беременности, связанные с предлежанием, миграцией, отслойкой хориона; преэклампсия; резус- и АВО-несовместимость; плацентарная недостаточность; гипоксия и ЗРП; аномалии развития плода; много- или маловодие; многоплодие.

**2. Классификация видов невынашивания**

*Классификация* несвоевременного завершения беременности: до 12 нед - ранний выкидыш, 12 - 22 нед - поздний выкидыш, 22 - 37 нед - преждевременные роды.

*Классификация* самопроизвольных выкидышей. В клинической практике используют классификацию в зависимости от стадии самопроизвольного прерывания беременности:

• угрожаюший самопроизвольный выкидыш;

• начавшийся самопроизвольный выкидыш;

• аборт в ходу;

• неполный аборт;

• полный аборт;

*Классификация* преждевременных родов.

По гестационному сроку:

• 22-27/6 нед - экстремально ранние преждевременные роды;

• 28-30/6 нед- очень ранние преждевременные роды;

• 31-33/6 нед - ранние преждевременные роды;

• 34-36/6 нед - поздние преждевременные роды.

Прерывание беременности в сроке 22-27 нед и рождение плодов с экстремально низкой массой тела (500-1000 г) возникает при инфицировании нижнего полюса плодного пузыря, ИЦН.

Прерывание беременности в сроке 28-33 нед (масса новорожденных - 1000-1800 г) полиэтиологично.

Чаще всего преждевременные роды происходят в сроке 34-37 нед. Причины прерывания: преэклампсия, ПОНРП, резус-конфликт, многоплодие, многоводие, экстрагенитальная патология.

По механизму возникновения преждевременные роды разделяют:

• на самопроизвольные;

• индуцированные (искусственно вызванные).

По клиническому течению различают:

• угрожающие преждевременные роды;

• начавшиеся преждевременные роды.

*Классификация* переношенной беременности.

Условно по гестационному сроку:

• тенденция к перенашиванию (при сроке 41 нед - 41 нед 6 дней);

• истинное перенашивание (при сроке 42 нед и более).

Возможны как запоздалые роды плодом без признаков перезрелости, так и своевременные роды перезрелым плодом.

**3.Признаки угрозы прерывания беременности**

Рассмотрим признаки самопроизвольного выкидыша в зависимости от стадии.

При угрожающем аборте: тяжесть или незначительные тянущие боли внизу живота и в области крестца. Специфических симптомов нет.

При угрожающем аборте во II триместре боли могут быть схваткообразными. При гинекологическом исследовании размеры матки соответствуют сроку задержки менструации. Изменений шейки матки нет, кровянистые выделения из половых путей отсутствуют.

При начавшемся самопроизвольном выкидыше шейка матки несколько укороченна, со слегка зияюшим наружным зевом. Тело матки соответствует сроку задержки менструации. Схваткообразные боли более выражены, появляются кровянистые выделения. Величина матки соответствует сроку беременности.

Общее состояние беременной при угрожающем и начавшемся выкидыше удовлетворительное.

При «аборте в ходу», полном и неполном выкидыше состояние беременной зависит от объема кровопотери. Массивная кровопотеря может осложниться геморрагическим шоком.

Аборт в ходу сопровождается схваткообразными болями внизу живота, выраженным кровотечением. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо находится в канале шейки матки.

При неполном аборте: схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности. Канал шейки матки раскрыт, матка меньше, чем должна быть в соответствии с предполагаемым сроком беременности. В матке задерживаются плодные оболочки, хорион.

При полном аборте матка сокращается, кровотечение прекращается.

При длительном течении угрожающего, неполного самопроизвольного аборта возможно проникновение микрофлоры из влагалища в полость матки. Инфицированный аборт - причина сепсиса или септического шока.

**4. Методы обследования беременных при невынашивании**

Лабораторные и аппаратные методы исследования для диагностики начальных этапов выкидыша: измерение базальной температуры, содержание ХГЧ, УЗИ.

Для выяснения причины невынашивания в первую очередь тщательно выясняется акушерский, гинекологический и соматический анамнез, проводится объективное исследование, дополнительные методы исследования в зависимости от причин. Выполняется полный комплекс обследования как при физиологическом течении беременности, но дополнительно выполняется диагностика бессимптомной бактериурии, в I и II триместре УЗИ контроль динамики развития плода и его жизнеспособности. В III триместре УЗИ + допплерометрия в 25 недель и КТГ еженедельно (с 33недель). Исследование кариотипа супругов (по назначению врача-генетика).

По показаниям:

эндокринные причины невынашивания: исследование уровня бета-ХГ в крови; прогестерон; тестостерон; ТТГ, свободный Т4.

Инфекционные причины невынашивания: определение Ig G, M к вирусу простого герпеса 1 и 2 типа, цитомегаловирусу, вирусу краснухи, токсоплазме.

Иммунологические причины невынашивания: HLA-антигены.

Антифосфолипидный синдром: гемостазиограмма развернутая (Д-димер, тромбоэластография, время свертывания, волчаночный антикоагулянт двукратно с интервалом 6 недель.

Иные причины: пренатальная диагностика (в т.ч. инвазивная) для выявления внутриутробных пороков развития плода.

Угрожающие преждевременные роды: УЗИ-цервикометрия, маркеры преждевременных родов (тест-система).

**5.Особенности ведения преждевременных родов, профилактика осложнений**

Крайне важно прогнозирование преждевременных родов. При диспансеризации беременных выделяется группа женщин, имеющих факторы риска преждевременного прерывания беременности. Основной фактор риска - преждевременные роды в анамнезе.

Рассмотрим методы прогнозирования преждевременных родов.

1.Оценка длины шейки матки методом трансвагинальной эхографии. Диагностический критерий - укорочение шейки матки до 25 мм и менее.

2.Определение рН влагалищного содержимого. Увеличение рН, ощелачивание ее - прогностический признак преждевременных родов. Для подтверждения используют экспресс-методы (тест-полоски, специальные перчатки и влагалищные зеркала с индикатором).

3.Альтернативный метод - тест на выявление протеина децидуальной оболочки.

Диагностика преждевременных родов основана на жалобах беременных, данных наружного и внутреннего акушерского исследования.

*Клиническая картина.* Угрожающие преждевременные роды проявляются болями в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены.

При влагалищном исследовании шейка матка сохранена, наружный зев закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Двигательная активность плода повышена. Предлежащая часть плода расположена низко или прижата ко входу в малый таз.

При начавшихся преждевременных родах отмечаются схваткообразные боли внизу живота (схватки). При влагалищном исследовании: укорочение шейки матки, сглаживание.

Лабораторная диагностика значима в случаях подозрения на подтекание околоплодных вод.

*Течение* преждевременных родов имеет ряд особенностей: преждевременное излитие околоплодных вод; аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординаuия); быстрые или стремительные роды при ИЦН или затяжные вследствие незрелой шейки матки; гипоксия плода; дородовое кровотечение в результате отслойки низко или нормально расположенной плаценты, предлежания плаценты; кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах вследствие аномалии родовой деятельности или задержки частей плаценты; инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и в послеродовом периоде (эндометрит, флебит).

*Тактика ведения* преждевременных родов.

Возможна консервативно-выжидательная (пролонгирование беременности) или активная тактика. Консервативно-выжидательная тактика показана при угрожающих и при начавшихся преждевременных родах, если пролонгирование беременности не противопоказано.

Активная тактика ведения вплоть до экстренного абдоминального родоразрешения показана при преждевременной отслойке плаценты, эклампсии, острой гипоксии плода и других акушерских осложнениях, угрожающих жизни матери и/или плода.

Принципы лечения угрожающих и начавшихся родов:

• постельный или полупостельный режим

• *токолиз* лекарственными средствами, снижающими сократительную активность матки (токолитики):

 атозибан (ингибитор окситоциновых рецепторов); адреномиметики - фенотерол (партусистен), тербуталин (бриканил), гексопреналин (гинипрал); блокаторы кальциевых каналов - нифедипин, верапамил (изоптин, финоптин); ингибиторы простагландинсинтетазы - индометаuин и др.

Применяют в/в капельное введение *адреномиметиков:* начинают со скоростью 6-8 капель в минуту, постепенно увеличивают скорость введения до 15-20 капель в минуту. Необходимо контролировать ЧСС, ЧДД, АД, водный баланс, состояние плода и сократительную активность матки.

Противопоказания к применению адреномиметиков: тиреотоксикоз, СД, сердечно-сосудистые заболевания, бронхиальная астма, внутриматочная инфекция, многоводие, преждевременная отслойка предлежащей или нормально расположенной плаценты, нарушения сердечного ритма плода.

*Блокаторы кальциевых каналов*. Нифедипин назначают по 10-20 мг сублингвально 3 раза в день. Необходимо контролировать АД (возможна артериальная гипотензия), состояние плода и сократительную активность матки.

*Атозибан -* препарат первой линии, ингибирует рецепторы окситоцина. Разрешен при открытии маточного зева менее 4 см, а также беременным с подтеканием околоплодных вод при сроке 23-30 нед.

*Сульфат магния.* Для терапии угрожающих преждевременных родов 25%-ный раствор сульфата магния (10-20 r сухого вещества) используют в связи со способностью уменьшать частоту церебральных нарушений у плода. Раствор вводят с помощью инфузомата, скорость введения - 1-2 г/ч. Противопоказания: нарушение внутрисердечной проводимости, миастения.

Необходимо контролировать диурез (не менее 30 мл/ч), АД, коленный рефлекс, ЧДД, состояние плода и сократительную активность матки, проверять водный баланс каждые 2-4 ч.

*Ингибиторы простагландинсинтетазы.* Индометацин используют при сроке беременности 16-31 нед., нормальном объеме околоплодных вод. Начальная доза 100 мг ректально или 50 мг внутрь каждые 4-6 ч в течение 48 ч. При маловодии следует прекратить применение или уменьшить дозу. Следует прекращать терапию при нарастании угрожающих преждевременных родов.

Противопоказания к применению со стороны плода: задержка роста, аномалии развития почек, хориоамнионит, маловодие, пороки сердца.

Токолиз противопоказан при: внутриматочной инфекции; многоводии; кровянистых выделениях при предлежании плаценты; ПОНРП; нарушениях сердечного ритма плода; уродствах плода; антенатальной гибели плода; подозрении на несостоятельность рубца на матке; раскрытии маточного зева на 4 см и более.

*Профилактика РДС плода глюкокортикоидами*: бетаметазон - по 12 мг I раз в сутки или дексаметазон по 6 мг 2 раза в сутки в течение 2 сут (48 ч). Курсовая доза глюкокортикоидов - 24 мг.

Профилактика церебральных нарушений у плода.

Антибиотикопрофилактика хориоамнионита и эндометрита при несвоевременном излитии околоплодных вод. Назначают антибиотики широкого спектра действия.

*Преждевременный разрыв* плодных оболочек при недоношенной беременности.

При преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности в сроке беременности 23-34 нед, хорошем состоянии матери и плода, отсутствии инфекции и тяжелых акушерских осложнений и/или экстрагенитальных заболеваниях – пролонгирование беременности.

Консервативное ведение требует соблюдения условий: ежедневная смена белья; смена стерильных впитывающих одноразовых подкладных пеленок 3-4 раза в день ил и по мере загрязнения; оценка состояния матери (ежедневное измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, определение количества и характера изливающихся вод, термометрия и др.) и плода (дыхательные движения и двигательная активность); ежедневное определение содержания лейкоцитов и формулы крови у беременной;посев на флору и чувствительность к антибиотикам отделяемого из влагалища каждые 5 дней; отказ от влагалищных исследований.

Преждевременное излитие околоплодных вод может привести к другим осложнениям - сдавление или выпадение пуповины.

Абсолютные противопоказания к консервативно-выжидательной тактике при преждевременном излитии вод: неправильное положение плода (косое, поперечное); предлежание и отслойка плаценты; хориоамнионит; острая гипоксия плода; тяжелые состояния матери.

Показания к родоразрешению при длительном безводном промежутке: появление признаков инфекции; признаки страдания плода; срок беременности более 34 нед..

Тактику ведения преждевременных родов следует выбирать индивидуально в зависимости от гестационного срока, состояния плода и матери, сложившейся акушерской ситуации.

Кесарево сечение в сроки 22-26 нед беременности, не снижает перинатальную смертность и тяжелую заболеваемость новорожденных. После 26 и до 34 нед беременности кесарево сечение улучшает перинатальные исходы.

В случае выбора способа родоразрешения через естественные пути в родах необходимо тщательно следить за состоянием плода, раскрытием маточного зева, характером родовой деятельности, вставлением головки, в первом периоде родов применяется обезболивание. Постоянное КТГ и ведение партограммы. Чрезмерно сильная родовая деятельность травматична для недоношенного плода.

Акушерское пособие не оказывают ввиду высокого риска родового травматизма плода. Ручные пособия при тазовых предлежаниях плода также не оказывают.

С целью профилактики кровотечения в момент прорезывания головки плода в/в капельно вводят окситоцин. На родах должен присутствовать неонатолог. В родильном боксе воздух должен быть теплым. Новорожденного быстро помещают в кювез.

Ребенок, рожденный преждевременно, имеет признаки недоношенности: масса тела менее 2500 г; рост менее 45 см; много сыровидной смазки на коже; подкожная клетчатка развита недостаточно; все тело покрыто пушком (лануга); волосы на голове небольшой длины; мягкие ушные и носовые хрящи; ногти не заходят за кончики пальцев; пупочное кольцо расположено ближе к лону; у мальчиков яички не опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы не прикрыты большими половыми губами; тонкий писклявый крик.

Для оценки функции дыхания новорожденного используют шкалу Сильвермана.

**6. Основные причины и методы диагностики истинного перенашивания**

Причина *переношенной* *беременности* может быть связана с плодом и плацентой. Плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ плода.

Фон для возникновения переношенной беременности: нарушение менструальной функции; инфантилизм; детские инфекционные заболевания; эндокринные заболевания; воспалительные заболевания половых органов; гестозы; перенашивание беременности в анамнезе.

Диагностика включает в себя данные клинического обследования: уменьшение объема живота на 5-10 см, обычно после 290 -го дня беременности; снижение тургора кожи беременной; снижение массы тела беременной на 1 кг и более; увеличение плотности матки; маловодие; макросомия; выделение из молочных желез в конце беременности молока вместо молозива; незрелая шейка матки.

Уточняется срок беременности: по дате последней менструации; по оплодотворению; по овуляции; по первой явке в женскую консультацию; по первому шевелению; поданным УЗИ в l и II триместрах (наиболее точный метод).

**7. Тактика ведения родов при перенашивании беременности**

При сроке беременности 40 нед рекомендуется обследование беременной. При удовлетворительном состоянии плода - отсрочка госпитализации до 41 нед. Далее показана плановая госпитализация в акушерский стационар для решения вопроса и методе родоразрешения, который зависит от зрелости шейки матки, состояния плода, сопутствующих заболеваний, данных анамнеза.

 При неосложненном течении беременности и отсутствии факторов риска госпитализация ранее 40,5-41 нед нецелесообразна. Перенашивание беременности - относительное показание для оперативного родоразрешения, а при наличии отягощающих факторах - плановое кесарево сечение.

Перенашивание представляет опасность для плода. Беременную госпитализируют для наблюдения за состоянием плода. Принципы ведения беременных в стационаре с точно известным сроком беременности при тенденции к перенашиванию следующие:

1.При зрелой шейке матки - родовозбуждение. Для родовозбуждения имеются две причины: плод продолжает набирать массу тела, что ведет к макросомии, которая повышает вероятность возникновения в родах клинического несоответствия таза и размеров плода, дистоции плечиков и

сохранение риска внезапной дородовой гибели плода.

2.При незрелой шейке матки и точно известном сроке беременности наблюдение за состоянием плода и ожидание спонтанного начала родов или созревания шейки матки. С целью ускорения созревания, шейки матки применяется мифепристон, механические методы подготовки (ламинарии, катетер Фолея), затем начинают родовозбуждение путем амниотомии только при зрелой шейке матки. При отсутствии самостоятельной родовой деятельности в течение 4 ч после амниотомии проводится в/в введение окситоцина. При безуспешности родовозбуждения роды заканчивают кесаревым сечением.

Для профилактики перинатальных осложнений проводятся программированные роды.

Программированные, индуцированные роды - искусственно вызванные роды по показаниям со стороны матери или плода. Они могут быть преждевременными, своевременными и запоздалыми. Мифепристон с целью индукции родов - 200 мг I раз в сутки двукратно. Через 48-72 ч проводится оценка состояния родовых путей. При неудовлетворительном состоянии плода от родовозбуждения отказываются в пользу кесарева сечения.

Роды ведутся под контролем за родовой деятельностью и сердечной деятельностью плода, для диагностики гипоксии плода, аномалии родовой деятельности, клинически узкого таза.

*Основные осложнения родов* - гипоксия плода (мекониальные воды). Попадание мекония в околоплодные воды сопровождается аспирацией мекониальных вод. Синдром аспирации мекония - основная причина неонатальной смертности. Меконий в околоплодную жидкость попадает из-за более выраженного вагусноrо рефлекса. Аспирация мекониальными водами может произойти антенатально.

Перенашивание беременности сопровождается макросомией. При родах крупным плодом длительность периодов раскрытия и изгнания, вероятность родовой травмы, дистоции плечиков увеличиваются. Предполагаемую массу плода определяют непосредственно перед родами или в начале первого периода родов, если планируют роды через естественные родовые пути. При подозрении на макросомию неонатолог и анестезиолог должны быть заранее предупреждены о предполагаемых родах. При предполагаемой массе плода более 4500 г, подозрении на несоответствие размеров таза матери размерам плода, осложненных родах плодом с такой же массой или менее в анамнезе следует выполнить кесарево сечение.

После рождения плода совместно с неонатолоrом оцениваются признаки *перенашивания*: кожа, плодные оболочки, пуповина могут быть окрашены меконием; кожа мацерирована, особенно на руках и стопах («банные, стопы и ладони); уменьшено количество сыровидной смазки, подкожной жировой клетчатки, снижен тургор кожи (старческий вид ребенка); крупные размеры ребенка (реже гипотрофия), длинные ногти пальцев рук; плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички.

 Признаки *перезрелости* новорожденного: мацерация кожи, десквамация эпидермиса, длинные ногти.

Плод можно считать переношенным (перезрелым) при сочетании хотя бы 2-3 указанных признаков.

Согласно Клиффорду, выделяют 3 степени перезрелости.

• I степень- новорожденный сухой, но кожа нормального цвета. Сыровидная смазка выражена плохо. Околоплодные воды светлые, количество их уменьшено. Общее состояние новорожденного удовлетворительное.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Нозологическая форма | Исход для матери | Исход для плода, новорождённого |
| 1. | **Невынашивание беременности** |
| Самопроизвольный выкидыш |
| угрожающий | сохраняющая терапия, пролонгирование беременности, роды  | пролонгирование беременности |
| 2. | начавшийся  | железодефицитная анемия, сохраняющая терапия, пролонгирование беременности, роды | внутриутробная гипоксия плода, пролонгирование беременности |
| 3. | аборт в ходу  | геморрагический шок, железодефицитная анемия, прерывание беременности | прерывание беременности |
| 4. | неполный аборт  |
| 5. | полный аборт | прерывание беременности |
| 6. | Преждевременные роды |
| угрожающие  | Токолиз, пролонгирование беременности, самопроизвольные роды.Преждевременное излитие околоплодных вод, сдавление или выпадение пуповины.Экстренное абдоминальное родоразрешение.  | Внутриутробная гибель плода, гипоксия плода. Доношенный новорожденный. |
| 7. | начавшиеся | Токолиз, пролонгирование беременности.Раннее излитие околоплодных вод; сдавление или выпадение пуповины, аномалии родовой деятельности; гипоксия плода; преждевременная отслойка низко или нормально расположенной плаценты; предлежание плаценты; кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах; инфекционные осложнения в родах и в послеродовом периоде. Экстренное абдоминальноеродоразрешение. Самостопроизвольные роды, травмы мягких тканей родовых путей, эпизио -, перинеотомия | Перинатальная гибель, тяжелая заболеваемость новорожденных, родовый травматизм плода.Асфиксия, дыхательная недостаточность, респираторный дистресс-синдром, нарушение терморегуляции, гипербилирубинемия. Выживаемость новорождённых определяется: сроком беременности; массой тела при рождении; половой принадлежностью — у мальчиков худшая способность к адаптации; смертность при тазовом предлежании выше, чем при головном в случае ведения родов через естественные родовые пути; характером родовой деятельности; наличием хорионамнионита; тяжестью внутриутробного инфицирования плода |
| 8. | **Перенашивание беременности** |
|  Запоздалые роды |  При зрелой шейке матки родовозбуждение, амниотомия.В родах клинически узкий таз, дистоция плечиков, травмы мягких тканей родовых путей, симфизит, расхождение костей лонного сочленения, слабость родовой деятельности, кровотечение в 3 периоде родов, в раннем послеродовом периоде.При незрелой шейке матки наблюдение за состоянием плода и ожидание спонтанного начала родов.Кесарево сечение. | Макросомия, риск внезапной дородовой гибели, синдром аспирации мекония. Внутриутробная гипоксия плода, родовая травма новорожденного. |

• II степень: сухость кожного покрова выражена сильнее, гипотрофия. Околоплодные воды, пупочный канатик, кожа новорожденного окрашены меконием в зеленый цвет. Перинатальная смертность при перезрелости высокая.

• III степень: околоплодные воды желтого цвета. Кожа и ногти новорожденного имеют желтую окраску. Это признаки более глубокой гипоксии, но смертность среди этих детей меньше.

В последовом и раннем послеродовом периодах высока вероятность кровотечения, поэтому проводится его профилактика.

**8. Исходы для матери и плода** отражены в таблице – 1.

Таблица -1 Исходы для матери и плода

9**. Роль фельдшера в профилактике невынашивания и перенашивания беременности**

*Профилактика* самопроизвольного выкидыша. Женщинам, в анамнезе у которых были 2 и более выкидышей или преждевременные роды, рекомендуется обследование до наступления следующей беременности для выявления причин, коррекции нарушений и предупреждения последующих осложнений. Методы профилактики зависят от причин, лежащих в основе невынашивания беременности.

*Профилактика* преждевременных родов. Пациентки с преждевременным прерыванием беременности в анемнезе нуждаются в специализированной помощи: диспансерное наблюдение за женщинами с привычным невынашиванием беременности; специальное обследование вне беременности для выявления причин самопроизвольного прерывания беременности; определение риска невынашивания, предгравидарная подготовка, выделение групп риска по преждевременным родам; профилактика плацентарной недостаточности с ранних сроков беременности.

Беременная из группы риска по недонашиванию беременности должна срочно обратиться к фельдшеру:

• при болях внизу живота или пояснице (тянущих или схваткообразных), ощущении давления;

• учащении мочеиспускания;

• изменении количества, цвета или запаха выделений из влагалища;

• локальной болезненности матки;

• ослаблении или усилении шевелений плода.

Профилактика перенашивания: выявление группы риска по развитию перенашивания, своевременное выявление признаков перенашивания, госпитализация беременной в 41 нед. даже при физиологическом течении беременности.